Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.04.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Lampert
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12 
  - 
- FG14 
  - 
- FG 32
  - 
  -
  -
- FG36
  - 
- FG37
  - 
- IBBS
  - 
- Presse
  - 
- ZIG1
  - 
- BZGA
  - 

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse (Folien hier) ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt]	ZIG1

	▪	
	• Risikogebiete ○ ○ ▪ ▪ ▪ ▪	VPräs/alle
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 99.225 (+3.834), davon 1.607 (1,6%) Todesfälle (+173), Inzidenz 119/100.000, ca. 33.300 Genesene ○ ○ Keine großen Änderungen in den Entwicklungen (Epikurve, Alters-/Geschlechtsverteilung) ○ Genesene: morgen Umsetzung des neuen Algorithmus	FG32 Alle

- Fälle, für die Angaben zu Erkrankungsbeginn fehlten wurden bisher gar nicht berücksichtigt
- Nun wird für alle gemeldeten Fälle (hospitalisiert, nicht-hospitalisiert, ohne Angabe zu Erkrankungsbeginn oder Hospitalisierung) ein Algorithmus basierend auf verfügbaren Literatur-Daten angewandt
- Alle angewandten Algorithmen sind konservativ und überschätzen nicht die Genesenen-Anzahl
- Dies wird dennoch zu einem starken Zuwachs in der Genesenen-Anzahl führen (~10.000?)
- Erklärung wird kommuniziert

- Geografische Verteilung
  - [geschwärzt]
  - Inzidenz nach dem Wochenende nicht gut interpretierbar
- Trendanalyse
  - Unverändert seit gestern
  - BL-Trendanalyse wird demnächst auch für Todesfälle separat gemacht
  - Seit gestern größte Todesfall-Zunahme/Tag (170) obwohl Meldeaktivitäten eher schwach waren, ggf. erneuter Anstieg vor den Feiertagen wenn BL nachmelden („aufräumen“)
  - Todesfälle hängen generell nach, auch wenn Zahlen insgesamt abfallen
  - Trends aktuell schwer zu beurteilen da Nachmeldungen zu erwarten sind
- Expositionsorte international
  - Nicht mehr so viele bzw. so relevant, sollte als Anteil autochthone vs. importierte Fälle dargestellt werden
  - [geschwärzt] glaubt, nicht eingetretener aber erwarteter Rückgang der Fallzahlen in Deutschland liegt an der Rückhol-Aktion aus dem Ausland des AA
  - Teilweise waren auch symptomatische Fälle und nicht wie versprochen nur asymptomatische Personen darunter, aber wahrscheinlich keine tausende
- DIVI-Zahlen noch nicht verfügbar aber hoffentlich morgen, man kann von einer Untererfassung ausgehen

- Amtshilfeersuchen [geschwärzt]
  - [geschwärzt]
  - [geschwärzt]

	○ ○	
2	**Erkenntnisse über Erreger** **DÄB Artikel** •	VPräs
	Sequenzierungen • Wie wird entschieden, was im RKI sequenziert wird? Bestehende Sequenzierkapazität sollte sinnvoll genutzt werden, stichprobenartige Sequenzierungen sind erwünscht • Aus AGI Sentinel gibt es nur wenige positive Proben, diese könnten ergänzt werden durch ○ Grippeweb Plus Proben ○ Proben aus dem Krankenhaus-Netzwerk virologische Surveillance, die durch FG17 getestet werden • Bestehende Kooperationen und Ansätze im RKI ○ Konzept molekulare Surveillance, (FG36) kümmert sich hierum, ZBS1 ist soweit nicht beteiligt, sollte es erweitert werden? ○ Bestehende Kooperation zwischen FG17 und MF2 , ZBS1 und Epidemiologe sollten bei SARS-CoV-2 Sequenzierung ebenfalls involviert werden ○ • Strukturierung des Sequenzierungs-Vorgehens ist notwendig *ToDo: bittet sich des Themas anzunehmen*	FG37/alle
	Virusausscheidung vor Symptombeginn • Ist bereits im Erregersteckbrief berücksichtigt, Anpassungs-bedarf sollte erneut in allen RKI-Dokumenten überprüft werden *ToDo: alle federführenden OEs sollen dies für ihre Dokumente/ Empfehlungen untersuchen und bei Bedarf anpassen*	VPräs
3	**Aktuelle Risikobewertung**	

	• Kein Anpassungsbedarf	alle
4	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] **Presse** • Heutige PK: Vorstellen der Datenspende-App, Journalisten Dial-in hat gut funktioniert, viel Aufmerksamkeit zu PK, externe Internetseite zur Datenspende-App ist zusammengebrochen, es wird daran gearbeitet • Papier zu Massenveranstaltungen wurde von der Webseite genommen da es nicht mehr so aktuell ist, Link hierzu wurde auch an anderen Stellen entfernt • Gestern abgestimmter Satz zu den Risikogebieten wurde heute auf Webseite eingestellt **Übersetzung von RKI Dokumenten** • [redacted] • [redacted] [redacted] • [redacted]	[redacted] Presse [redacted] [redacted]

	• [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] **Risikogebiete** • Sobald diese wegfallen (Karfreitag oder später, wird vom BMG bestätigt) sollte auch die „Hilfestellung für den ÖGD zu Einreisenden aus Risikogebieten“ unter Reiseverkehr auf der RKI-Webseite entfernt werden *ToDo: LZ/Presse müssen daran denken, das Papier dann von der Webseite zu nehmen*	VPräs
5	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Extra Papier zu Erstaufnahmeeinrichtungen? ○ [redacted] ○ [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	FG32 FG36

	[geschwärzt]	
6	**Dokumente** **Sachstand Flussschema Bevölkerung „COVID-19: Bin ich betroffen und was ist zu tun? Orientierungshilfe für Bürgerinnen und Bürger“** • Entwurf ist fertiggestellt und alle Anmerkungen wurden so gut wie möglich aufgenommen • Papier bezieht sich auf generelle Erkältungssymptome (jede Person mit Atemwegsbeschwerden sollte sich absondern) • Wer zu testen ist, ist nicht beinhaltet, da Bevölkerung Zielgruppe ist, zur Testung ist Kontakt mit Arzt notwendig (der/die Flussschema für Ärzte verwenden soll) • Wenn Beschwerden zunehmen wird empfohlen, einen Arzt anzurufen und hartnäckig zu bleiben • Schema sollte auch Link zum Flyer Heimisolierung beinhalten • Wird heute auch in AGI vorgestellt und final abgestimmt *ToDo: IBBS integriert Verweis auf Isolierungspapier in das Schema und dann wird es nach AGI-Abstimmung auf der Webseite veröffentlicht* **Entlasskriterien** • Wurden überarbeitet und um weitere Kategorien ergänzt • Bisher waren nach Krankenhausentlassung zwei negative Abstriche im Abstand von 24h gefordert, nach Rücksprache mit ZBS1 ist zeitgleiche Abnahme beider Proben möglich und ausreichend • Neuerung ist auch relevant für Altenpflegeheime Papier, allerdings ist zeitlicher Probenabstand weniger problematisch als generelle Testkapazität (MA werden auch ohne Tests wieder zugelassen) • Neu (aber ähnliche/gleiche Kriterien) Entlassung von ○ III genesenem medizinischen Personal ○ IV Bewohnern von Altenpflegeheimen ○ V durchgehend asymptomatischen SARS-CoV-2 Infizierten • Krankenhaus bzw. Pflegeheim-Personal ○ Wiederzulassungskriterien für HCW: es wird zunächst an der „Freitestung“ festgehalten ○ In manchen Kliniken besteht die Vorgabe, alle MA regelmäßig abzustreichen ○ Für die, die krank waren, reicht ggf. Testkapazität nicht ○ Dies wird auch in der AG Labordiagnostik diskutiert: im Hygienepapier besteht die Empfehlung, dass MA grundsätzlich mit MNS arbeiten sollen, Eintaktung des Krankenhaus-Personals in regelmäßige Überwachung ist noch nicht abgeschlossen, Negativtests sind fraglich, da regelmäßig Re-Exposition erfolgt	IBBS IBBS

  - EpiLag-Frage: kann genesener Fall wieder erkranken, bzw. zu KP Kategorie 1 werden und isoliert werden müssen? Es besteht noch keine Evidenz hierzu, jedoch gehen wir nach durchgemachter Krankheit zunächst von Immunität aus
  - Es ist jedoch noch nicht klar, was Immunität bei Re-Exposition genau bedeutet, dies muss engmaschig durch Beobachtung der getesteten Personen erforscht werden, in der Literatur gibt es noch nichts hierzu
  - Krankenhäuser haben aktuell Testkapazitäten, dies eher ein Problem im ambulanten Bereich, wo MA möglicherweise nicht über das Krankenhaus in schnelle Beprobung und Testung kommen, im ambulanten System dauert dies ggf. viel länger
  - Für nicht-medizinisches Personal, das mit vulnerablen Gruppen arbeitet (z.B. Essenslieferung o.ä.) sollten die gleichen Kriterien wie für medizinisches Personal gelten
- Entlassung von Altenheim-Bewohnern (sensible Einrichtungen)
  - Für diese wurde auch zweifach negative Testung vorgeschlagen, bevor pflegebedürftige Person nach ihrer Krankheit wieder „in den Routine-Zustand entlassen“ wird
  - „Freitestung“ vor Rückverlegung ins Altenheim von alten Leuten ist problematisch (auch von MRSA und anderen Erregern bekannt), ggf. verweigern Altenheime Aufnahme
  - Es ist wichtig, im Papier zu verdeutlichen dass dies vorläufige Empfehlungen sind, die aufgrund der Erfahrung in der Praxis angepasst werden (müssen)
  - Welche Entlasskriterien gelten wenn ältere Personen aus Altenpflegeheimen (besonders zu schützen) aus anderen Gründen (als COVID-19) ins Krankenhaus kommen, Testung oder gleich Empfehlung einer grundsätzlichen 14-tägigen Quarantäne?
    Dies muss durch das FG37 Papier abgedeckt werden, IBBS Papier fokussiert nur auf COVID-19 erkrankte
- Aktualisierung Entlassungskriterien gehen auch an AGI und werden dann veröffentlicht

ToDo: Fertigstellung und Veröffentlichung der aktualisierten Entlassungskriterien durch IBBS

Papier Pflegeeinrichtungen — FG37

- Auftrag Papier zu Pflegeeinrichtungen mit Frist heute Abend, soll bis zu Minister Spahn gehen, deswegen Aufschiebung unmöglich
- Papier ist aktuell in Überarbeitung und geht heute Nachmittag an FG14, trotz sehr kurzer Frist ist bis heute Abend ein sinnvolles Ergebnis absehbar
- Papier des paritätischen Verbands sollte berücksichtigt werden

	• Bitte von AL1: aufgrund mangelnder Abstimmungsmöglichkeiten sollten Aussagen zu Teststrategien nicht zu detailliert sein, denn medizinisches Personal/Personal in Pflegeheimen ist auch in Diagnostik-Strategie beinhaltet, [geschwärzt] • [geschwärzt]	
7	**Labordiagnostik** **Antikörperteste** • [geschwärzt] (ZBS1) ist für Fragen zur Qualität verfügbar • PCR-Test ist der Bestätigungstest und bleibt aktuell für die Klassifizierung von akuten Infektionen entscheidend, aber Antikörpertests werden bereits in einigen primärversorgenden Laboren angewandt • Aktuell kann ein einzelner Antikörpertest nicht als Nachweis für akute Infektion gesehen werden, dies wäre über wiederholte Abnahmen möglich, solche werden aber vermutlich nicht durchgeführt • Antikörpertest hat im Rahmen von Reihentests höchste Bedeutung, weniger für akute Versorgung im Krankheitsfall • Zuverlässigkeit von Antikörpertests und Deutung von Titeranstieg und Serokonversion ist zurzeit noch unklar • Über ARS sollen auch Serologie Ergebnisse erfasst werden • RKI interne Gruppe ist hierzu in engmaschigem Austausch, mehr Informationen ist vor öffentlicher Stellungnahme notwendig • Sprechzettel für Minister bezüglich Testungen und Testkapazitäten ist in Abstimmung in kleiner Runde [geschwärzt], Frist morgen • Meldepflicht steht im Gesetz: laut IfSG Verordnung muss auch indirekte Detektionen akuter Infektion gemeldet werden • Eine Stellungnahme des RKI ist dringend notwendig da täglich Meldungen oder Anfragen hierzu eingehen *ToDo: Erstellung eines Textes für RKI-Webseite um Meldung(sbedarf) serologisch getesteter Fälle zu klären (wer?)*	AL1/FG32/alle
8	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Unterstützungsangebot** [geschwärzt] • [geschwärzt] • Übergeordnetes Ressourcenmanagement solcher Angebote wäre sinnvoll, Frage des Vorgehens soll an BMG gerichtet werden *ToDo: LZ/[geschwärzt] kontrollieren, woher Angebot kam (ausschließen, dass es vom BMG selbst kam) und Weiterleitung an BMG* **Genesene/Entlasskriterien**	FG32 IBBS

	• Auf Anfrage zu PCR-positiven Genesenen, die außerhalb der Entlasskriterien sind, gab es knapp 10 Rückmeldungen aus den BL, serielle Beprobung ist nicht mehr möglich, deswegen werden nun erhaltene Proben von ZBS1 analysiert und angezüchtet, Überprüfung der Entlasskriterien nicht mehr möglich • Vorschlag IBBS: da dies nicht über ÖGD laufen kann, sollten Möglichkeiten über Kontakte zu medizinischem Personal, wo auch RKI-Beratung stattfand, erfolgen • So kann eine kleine Studie entworfen und weitere Abstriche genommen und Anzüchtung veranlasst werden • FG37 glaub dies kann veranlasst werden, Krankenhäuser mit denen Kontakt besteht werden gefragt ob sie mitmachen • ZBS1 würde Laboranalysen machen	
9	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
10	**Surveillance** **Umgang mit Klinisch-Epidemiologisch bestätigten Fällen** • Verschoben oder aufgehoben?	FG32
11	**Transport und Grenzübergangsstellen** **Quarantänepflicht für Einreisende** • [geschwärzt] [geschwärzt] • [geschwärzt]	FG32
12	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
13	**Studien (nur montags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen	
15	**Andere Themen** • Wichtige Termine: AGI, Staatskanzlei und Staatssekretäre • Straffung der Krisenstabssitzungen: Vorschläge hierzu werden an Krisenstab geschickt (Abt. 3)	

	• Thinktank E-Mail-Adresse noch nicht final abgestimmt, AL3 und VPräs besprechen die noch abschließend • Nächste Sitzung: Mittwoch, 08.04.2020, 11:00 Uhr [redacted]	